

SENTINEL NODE BIOPSI DMG 2003

Patientens navn og cpr.	Indsendes til:
-------------------------	----------------

Patologiskema

Lymfeknude Nummer	1	2	3	4	5	6
Undersøgelsnr. incl. evt. undernr.						
Lokalisation *						
Blåfarvning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Antal blokke						
Patologiprocedure fulgt	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Påvist lymfeknudevæv	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Påvist metastaser	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Perinodal vækst	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
S-100	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>
Anden immunhistokemi Specificer:..... Specificer:.....	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>
Benign nævusinklusion	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Væv udtaget til andet formål, Specifer:.....						

* Lokalisation

Højre side af hals	1H
Venstre side af hals	1V
Højre aksil	2H
Venstre aksil	2V
Højre ingven	3H
Venstre ingven	3V
Andet:	
Andet:	